

Gericke, Sabine

Wohnungslos und psychisch krank –
Sackgasse oder Wendemöglichkeit.

Möglichkeiten und Grenzen bei der Wohnraumversorgung,
beruflichen Wiedereingliederung und Einbindung in das psychosoziale
Versorgungssystem am Beispiel der Notunterbringung für obdachlose, psychisch
kranke Menschen der DAS BOOT gGmbH Leipzig

eingereicht als

BACHELORARBEIT

an der

HOCHSCHULE MITTWEIDA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Roßwein, 2012

Erstprüferin:
Zweitprüferin:

Frau Prof. phil. B. Wedler
Frau Prof. jur. Ch. Niemeier

BIBLIOGRAPHISCHE BESCHREIBUNG

Name, Vorname: Gericke, Sabine

Thema der Bachelorarbeit:

Wohnungslos und psychisch krank – Sackgasse oder Wendemöglichkeit.
Möglichkeiten und Grenzen bei der Wohnraumversorgung, beruflichen
Wiedereingliederung und Einbindung in das psychosoziale
Versorgungssystem am Beispiel der Notunterbringung für obdachlose
psychisch kranke Menschen der DAS BOOT gGmbH Leipzig.

Rosswein: Hochschule Mittweida/Roßwein (FH), Fakultät Soziale Arbeit,
Bachelorarbeit, 2012, 45 Seiten

Referat

Im Rahmen der Bachelorarbeit wird die Situation psychisch kranker Obdachloser in Deutschland näher betrachtet. Zunächst erfolgt eine Definition der Zielgruppe psychisch kranker Obdachloser, die Ausführung der Hintergründe von Wohnungslosigkeit und die Darstellung bestehender Versorgungsstrukturen.

Es wird der Frage nachgegangen, inwieweit die bestehende Versorgungsstruktur den Versorgungsbedarfen dieser Menschen gerecht und damit die Chance an Wiedereingliederung und Teilhabe ermöglicht wird. Um diese Frage zu erörtern wird das Versorgungssystem der Stadt Leipzig und insbesondere die Notunterbringung für obdachlose, psychisch kranke Menschen der DAS BOOT gGmbH Leipzig differenzierter beleuchtet.

Anschließend werden mögliche Perspektiven, Handlungswege und Handlungsstrategien für eine Verbesserung der Versorgungssituation der Betroffenen aufgezeichnet.

Gliederung

1	Einleitung	3
2	Begriffsbestimmung Wohnungslosigkeit und psychisch krank	5
3	Die Situation wohnungsloser psychisch kranker Menschen in der Bundesrepublik Deutschland	9
3.1	Anzahl Wohnungsloser	10
3.2	Anlässe Wohnungslosigkeit	11
3.3	Weitergehende Hilfebedarfe Wohnungsloser	12
3.4	Beschäftigungssituation	14
3.5	Psychisch Kranke	16
3.6	Versorgungssysteme psychisch kranker Wohnungsloser	18
4	Aufgaben und rechtliche Grundlagen der Wohnungslosenhilfe, Betreuung psychisch Kranker und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	21
5	Zur Situation wohnungsloser psychisch kranker Menschen in Leipzig	27
6	Die Notunterbringung für obdachlose, psychisch kranke Menschen der DAS BOOT gGmbH Leipzig	31
6.1	Ziele und Aufgaben	32
6.2	Relevante Projektdaten (Anzahl, Geschlecht, Hintergründe der bisher betreuten Klienten/Klientinnen)	33
6.3	Möglichkeiten und Grenzen	36
6.3.1	Kontext Wohnraumversorgung	36
6.3.2	Kontext berufliche Wiedereingliederung	39
6.3.3	Einbindung ins psychosoziale Versorgungssystem	40
7	Fazit	41
	Literatur- und Quellenverzeichnis	

1 Einleitung

Wenngleich das Thema Wohnungslosigkeit lediglich jährlich zur Weihnachtszeit im Zentrum der medialen Öffentlichkeit steht, indem über die Versorgung mit warmen Mahlzeiten in verschiedenen, eigens dafür eingerichteten Restaurants, berichtet wird, so sind im Bereich der Wohnungslosennotfallhilfe täglich und bundesweit verschiedene Träger mit vielfältigen Angeboten aktiv, um wohnungslose oder von Wohnungslosigkeit bedrohte Menschen zu unterstützen. Dabei stellen sowohl Kältehilfe-, Erfrierungsschutzmaßnahmen, die medizinische / psychiatrische Versorgung, aber auch präventive Angebote zur Vermeidung der Wohnungslosigkeit die zentralen Inhalte dar.

In den letzten Jahren wird zunehmend von den professionellen Akteuren eine Gruppe von wohnungslosen Menschen ausgemacht, die eine besondere Spezifik aufweisen: psychisch kranke Menschen.

Wenn auch vor einer Psychiatisierung der Wohnungslosennotfallhilfe gewarnt werden muss, so sehr muss natürlich zur Kenntnis genommen werden, dass seit einigen Jahren die Zahl der psychisch Kranken wächst, denen nach Klinikaufenthalten lediglich die Straße zur Verfügung steht und die mit ebendiesen psychischen Auffälligkeiten schwerer eine Wohnung finden und auf der Strasse bleiben, wenn sie mit den psychiatrischen nachgehenden Angeboten nicht zurechtkommen.

In der Tat sind für wohnungslose psychisch Kranke drei Hilfesysteme zuständig:

- die Wohnungslosennotfallhilfe für die Überwindung der sozialen und materiellen Not
- das psychiatrische Versorgungssystem für die angemessene seelische Versorgung und
- die Rehabilitationsträger, die gesetzliche Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sichern sollen.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wird zunächst die Situation und deren Hintergründe der Wohnungslosen und insbesondere der psychisch Kranken Wohnungslosen in der Bundesrepublik Deutschland skizziert, um anschließend auf die gesetzlichen Aufgaben der beteiligten Akteure zur Überwindung dieser Schwierigkeiten einzugehen. Kritische Aspekte fließen in die inhaltlichen Ausführungen ein. Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, für die die Jugendhilfe nach dem SGB VIII zuständig ist, werden nicht in die Betrachtung einbezogen. Ebenso wenig werden geschlechtsspezifische Aspekte der Wohnungslosen psychisch Kranken berücksichtigt.

Im zweiten Teil der Arbeit wird der kommunale Kontext von Leipzig aufgegriffen, um im dritten Teil anhand vorliegender Erfahrungen des Angebots „Die Notunterbringung für obdachlose psychisch kranke Menschen der DAS BOOT gGmbH Leipzig“ Möglichkeiten und Grenzen der beteiligten Hilfesysteme aufzuzeigen.

Schlussendlich wird im Rahmen der Zusammenfassung ein kurzer Ausblick auf nötige und mögliche Entwicklungen der angemessenen Versorgung obdachloser psychisch kranker Menschen gewährt.

2 Begriffsbestimmung Wohnungslosigkeit und psychisch krank

Wohnungslose, Obdachlose, Nichtsesshafte, Berber, Stadtreicher, Penner, Pack - es gibt mindestens diese Anzahl von Bezeichnungen, die im alltäglichen Sprachgebrauch diese soziale Randgruppe der Gesellschaft beschreiben. In der Fachwelt sind eher die Begriffe Wohnungsnotfälle, Obdachlose, Wohnungslose gebräuchlich, die inhaltlich verschieden untersetzt sind. Die Unterschiedlichkeit der Definitionsinhalte soll nicht näher ausgeführt werden.

Wenn im Rahmen dieser Arbeit über Wohnungslosigkeit gesprochen wird, dann wird dem Begriff der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. gefolgt:

- „Wohnungslos ist, wer nicht über einen mietvertraglich abgesicherten Wohnraum verfügt ...“ <http://www.bagw.de/index2.html>. verfügbar am 10.12.2011

Das sind: „danach Personen, im ordnungsrechtlichen Sektor, die aufgrund ordnungsrechtlicher Maßnahmen ohne Mietvertrag, d. h. lediglich mit Nutzungsverträgen in Wohnraum eingewiesen oder in Notunterkünften untergebracht werden ...“ (ebenda)

Die „... im sozialhilferechtlichen Sektor ...“ ohne Mietvertrag untergebracht sind, wobei die Kosten nach dem Sozialgesetzbuch XII und/oder dem Sozialgesetzbuch II übernommen werden, die sich in Heimen, Anstalten, Notübernachtungen, Asylen, Frauenhäusern aufhalten, weil keine Wohnung zur Verfügung steht

- die als Selbstzahler in Billigpensionen leben
- die bei Verwandten, Freunden und Bekannten vorübergehend unterkommen
- die ohne jegliche Unterkunft sind, "Platte machen"
- im Zuwanderersektor Aussiedler, die noch keinen Mietwohnraum finden können und in Aussiedlerunterkünften untergebracht sind (<http://www.bagw.de/index2.html>, verfügbar am 10.12.2011).

So klar die Definition der Wohnungslosigkeit ist, so schwierig erweist sich die Definition „psychisch krank“. Wenngleich diese Bezeichnung zwar vielfach im beruflichen Alltag der sozialen Arbeit und von den Nichtprofessionellen gebraucht wird, so ist sie dennoch nicht korrekt. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) führte anstelle des Ausdrucks „Psychische Erkrankung“ den Begriff psychische Störung ein, um dadurch eine Stigmatisierung Betroffener zu vermeiden (<http://de.wikipedia.org/wiki/Psychische-Störung>, verfügbar am 9.12.2011).

Und auch die Definition:

„Eine psychische oder seelische Störung ist eine erhebliche Abweichung von der Norm im Erleben oder Verhalten, die die Bereiche des Denkens, Fühlens und Handelns betrifft. Als weiteres Kriterium für eine Diagnose einer psychischen Störung wird neben der Abweichung auch psychisches Leiden auf Seiten der Betroffenen vorausgesetzt“

([http://de.wikipedia.org/wiki/Psychische Störung](http://de.wikipedia.org/wiki/Psychische_Störung), verfügbar am 18.12.2012), führt nicht ausreichend weiter.

Mit der Einführung des ICD 10 (internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) im Jahr 2000 in Deutschland ist eine klassifizierte Zuordnung von psychischen und seelischen Störungen entsprechend der WHO-Regeln möglich.

So wird nach

- organischen psychischen Störungen (ICD-10 F 0)
- Sucht- bzw. Abhängigkeitserkrankungen (ICD-10 F 1)
- Schizophrenie (ICD-10 F 2)
- affektiven Störungen (ICD-10 F 3)
- neurotischen Störungen (ICD-10 F 4)
- psychophysiologischen Störungen (ICD-10 F 5)
- Persönlichkeitsstörungen (ICD-10 F 6)
- Intelligenzminderung (ICD-10 F 7)
- Entwicklungsstörungen (ICD-10 F 8)
- Störungen im Kindheits- und Jugendalter (ICD-10 F 9)

unterschieden (vgl. Weltgesundheitsorganisation, 2000, S. 5).

Psychische Störungen können aus unterschiedlichen Perspektiven gesehen und erklärt werden. In der organmedizinischen Perspektive wird streng somatisch betrachtet. In diesem Kontext spricht man auch von psychischen Störungen mit Krankheitswert, die Dörr „... als [eine] organische Dysfunktion mit charakteristischen klinischen Erscheinungsbild, morphologischen Befund und zeitlichen Verlauf“ (Dörr, 2005, S. 18) bezeichnet.

Eine Perspektiverweiterung bietet die Ausführung von Bastine, der erklärt, „da[ß] der Störungsbegriff sowohl wissenschaftliche als auch sozial bewertende Anteile enthält“ (Bastine, 1998, S. 151). Dieses biopsychosoziale Betrachtungsmodell psychischer Krankheiten / Störungen verdeutlicht, dass mehrere Faktoren dazu führen, dass es zu einer psychischen Krankheit / Störung kommt: „Psychische Erkrankungen sind nicht das Ergebnis körperlicher, erblicher oder bestimmter psychischer Schädigungen, sondern sie entstehen immer durch ein Zusammenwirken und Wechselspiel dieser Einflüsse.“ (Bosshard et al., 2010, S. 26)

Allerdings - auch dieser Aspekt soll nicht unerwähnt bleiben: „(...) - welche Verhaltensweisen als psychische Störungen bezeichnet werden, ist abhängig von gesellschaftlichen Werten und Normen.“ (Bastine, 1998, S. 151)

In dem Wissen, dass nicht alle bestehenden und oder geltenden gesellschaftlichen Werte und Normen klar gefasst sind bzw. einer Muss-Regel unterliegen, könnte man denken, dass man ungewöhnliche Verhaltensweisen durchaus zeigen könnte, auch wenn man es nicht sollte. Nutzt man jedoch diesen Spielraum, ist es gewiss, dass diese normative Abweichung in der Gesellschaft oftmals als abweichend oder gestört angesehen wird. Allerdings soll darauf hingewiesen werden, dass es für die Beurteilung des Verhaltens bedeutsam ist, in welchem Kontext, welcher Mensch beobachtet und beurteilt wird. So könnte es beispielsweise passieren, dass das Verhalten eines s. g. psychisch Kranken als gestört bezeichnet wird, während ebendieses ebenfalls gezeigte Verhalten eines Psychiaters als originell bewertet wird.

In seinem überaus humorvollen Buch „Irre! Wir behandeln die Falschen. Unser Problem sind die Normalen“ geht Lütz auf die Möglichkeit der unterschiedlichen Bewertung von Verhalten ein. Er schreibt: „Wenn man als Psychiater und Psychotherapeut abends Nachrichten sieht, ist man regelmäßig irritiert. Da geht es um Kriegshetzer, Terroristen, Mörder, Wirtschaftskriminelle, eiskalte Buchhaltertypen und schamlose Egomanen - und niemand behandelt die. Ja, solche Figuren gelten sogar als völlig normal ...“ (Lütz, 2009, S. XIII)

Nun denn, bestimmte Verhaltensweisen sind nunmehr klassifiziert. Mit der Klassifikation offenbart sich aber auch tatsächlich die Vielfältigkeit möglicher Störungen, so dass der Eindruck entsteht, dass beinahe auch die kleinste normative Abweichung eine psychische / seelische Störung in sich verbirgt. Offenbar nicht zu Unrecht trägt das offizielle Fallbuch der WHO zur ICD-10 Kapitel V (F) den Titel „Die vielen Gesichter des psychischen Leids“.

Dennoch, so Manfred Lütz, muss klar sein: „... dass es Diagnosen und Klassifikationen in Wirklichkeit gar nicht gibt. Es gibt natürlich keine Schizophrenie, es gibt keine Depression, es gibt keine Sucht. Es gibt nur

Menschen, die unter verschiedenen Phänomenen leiden.“ (Lütz, 2009, S. 37)

Versöhnlich mag der Gedanke stimmen, dass durch diese Klassifikationen, „die Anwendung der Regeln für Diagnose und Klassifikation verständlicher und leichter gemacht werden. ... Informationen über die Symptome und den Verlauf der Störungen ...“ (Weltgesundheitsorganisation, 2000, XIII) liefern und eine Grundlage für die Anwendung und Entwicklung angemessener professioneller Handlungsstrategien im Versorgungsbereich darstellen. Denn, so Lütz: „... Diagnosen sind Worte, die Psychiater erfunden haben, um diesen leidenden Menschen kompetent zu helfen. Diagnosen sind Hinweise auf die richtige Therapie.“ (Lütz, 2009, S. 37)

Und er warnt ausdrücklich davor, den Begriff der psychischen Störung zu missbrauchen: „Die Unart mancher Psycho-Experten, Diagnosen auch auf Leute anzuwenden, die bei ihnen gar nicht den Krankenschein abgegeben haben - insbesondere auf Kollegen -, ist ein Missbrauch von Diagnosen. Es muss der Grundsatz gelten, dass ein Mensch im Zweifel gesund ist.“ (Lütz, 2009, S. 31)

3 Situation wohnungsloser und psychisch kranker Menschen in der Bundesrepublik Deutschland

Vorangestellt werden muss, dass es in der Bundesrepublik Deutschland keine bundeseinheitliche Wohnungsnotfall-Berichterstattung auf gesetzlicher Grundlage gibt. Das ist insofern bemerkenswert, da es durchaus in anderen Bereichen der sozialen Arbeit (beispielsweise im Sozialgesetzbuch VIII) gesetzlich verankerte Bundes- und Landesstatistiken gibt. Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Wohnungslosenhilfe e. V. hat die Bundesregierung im Jahr 2010 aufgefordert, unverzüglich einen entsprechenden Gesetzesentwurf ins Parlament einzubringen. Bis zum Vorliegen einer solchen Statistik können aufgrund einer unzureichenden Datenlage nur Schätzungen oder Ergebnisse nichtrepräsentativer Studien zur Zahl der Wohnungslosen und der von Wohnungslosigkeit bedrohten

Menschen erfolgen. Insofern wurde zur Darstellung der Situation Wohnungsloser in Deutschland die Statistik von 2010 der Bundesarbeitsgemeinschaft für Wohnungslosenhilfe e. V. der 2005 durch die Gesellschaft für innovative Sozialforschung und Sozialplanung e. V. (GISS) vorgelegte Untersuchungsbericht zum Thema „Wirksamkeit persönlicher und wirtschaftlicher Hilfen bei der Prävention von Wohnungslosigkeit“, die Ergebnisse einer Untersuchung von Thomas Reker und Bernd Eikermann in Münster, drei deutscher Studien, im Rahmen derer Fichter und Mitarbeiter 1996, 1997 und 2000 ausgewählte Wohnungslose in München interviewten und schlussendlich Statistiken der Bundesagentur für Arbeit genutzt.

3.1 Anzahl Wohnungsloser

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Wohnungslosenhilfe e. V. beurteilte den Wohnungs- und Arbeitsmarkt, die Zuwanderung, Erkenntnisse hinsichtlich der Sozialhilfebedürftigkeit, regionale Wohnungslosenstatistiken und selbst durchgeführte Blitzumfragen und unterscheidet nach wohnungslosen Personen in Mehrpersonenhaushalten, allein stehenden Wohnungslosen und wohnungslosen Aussiedlern in Übergangsunterkünften. Das Ergebnis stellt sich wie folgt dar:

„2010 betrug die Zahl dieser Wohnungsnotfälle insgesamt ca. 354.000 (2008: 330.000). Davon gehörten ca. 248.000 (2008: 227.000) zu den Wohnungslosen und ca. 106.000 (2008: 103.000) zu den von Wohnungslosigkeit bedrohten Menschen. Die Gesamtzahl der in Deutschland wohnungslos gewordenen Menschen ist von 2008 auf 2010 erstmalig seit längerer Rückläufigkeit wieder deutlich um 10 % gestiegen (2008: 227.000; 2009: 237.000; 2010: 248.000). Die Wohnungslosigkeit alleinstehender Menschen (2008: 132.000; 2009: 145.000; 2010: 152.000) stieg mit plus 15 % deutlich dramatischer als die Wohnungslosigkeit der Mehrpersonenhaushalte (+ 3 %) an. Von den ca. 246.000 wohnungslosen Menschen (ohne wohnungslosen Aussiedler) im Jahr 2010 leben ca. 38 % in Mehrpersonenhaushalten (Paare und Familien), 62 % sind alleinstehend. Ca. 22.000 Menschen lebten 2010 ohne jede Unterkunft auf der Straße (2008:

ca. 20.000), eine Steigerung um 10 %!“ (<http://www.bagw.de/index2.html>. Fakten: Schätzung und Prognose des Umfangs der Wohnungsnotfälle 2009 – 2010, verfügbar am 6.12.2011).

In eben dieser Schätzung prognostiziert die BAG bis 2015 einen Anstieg der Wohnungslosenzahlen um weitere 10 –15 %. (Vgl. ebenda)

3.2 Anlässe Wohnungslosigkeit

Es muss vorangestellt werden, dass es grundsätzlich unterschiedliche Erklärungsversuche zu den Ursachen von Wohnungslosigkeit gab und gibt. Während im 19. Jahrhundert psychiatrisch-neurologische Ansätze dominierten (abnorme bzw. vom Wandertrieb beherrschte Persönlichkeiten), erklärten die psychologischen Ansätze aus den 70er Jahren die Wohnungslosigkeit als Folge erlernten Verhaltens und nicht als persönliche Eigenschaft. Erst die soziologischen Ansätze aus dem Ende der 70er Jahre zeigten die Zusammenhänge zwischen Mensch und Gesellschaft auf. (Vgl. Aberle, Lisa, 2009, S. 6)

Im Rahmen des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Forschungsprogramms „Bauen und Wohnen“ legte die Gesellschaft für innovative Sozialforschung und Sozialplanung e. V. (GISS) im Februar 2005 den Untersuchungsbericht zum Thema „Wirksamkeit persönlicher und wirtschaftlicher Hilfen bei der Prävention von Wohnungslosigkeit“ vor.

Im Rahmen dieser Studie wurden auch die Anlässe drohender Wohnungslosigkeit erfasst: „Der dominierende Anlass drohender Wohnungslosigkeit besteht in Mietschulden. Von den 3.559 Haushalten mit Angaben zum Anlass ihrer aktuellen Krise geben 86,3 % einen Verzug ihrer Zahlungsverpflichtungen gegenüber den Vermietern an. ... Von etwa jedem 13. Haushalt (7,5 %) wird die Trennung von der Partnerin bzw. dem Partner als Anlass für die drohende Wohnungslosigkeit benannt, bei 2,1 % aller erfassten Haushalte droht Wohnungslosigkeit aufgrund der Entlassung aus

institutioneller Unterbringung (z. B. stationärer Aufenthalt in Einrichtungen der Suchthilfe, psychiatrische Hilfen, Haftanstalten etc.), also im Wesentlichen wegen des Fehlens geeigneten Wohnraums. Und schließlich nennen 14,6 % aller Haushalte sonstige Anlässe, unter denen der häufigste die Kündigung der Wohnung wegen vertragswidrigen Gebrauchs bzw. unzumutbaren Verhaltens (2,7 %) darstellt.“ (Volker Busch-Geertsema / Jürgen Evers / Ekke-Ulf Ruhstrat, 2005, S. 17)

Insofern kommen die Verfasser zum Schluss, „... dass drohende Wohnungslosigkeit sich zu vorderst mit Armut und materieller Unterversorgung erklären lässt.“ (Volker Busch-Geertsema / Jürgen Evers / Ekke-Ulf Ruhstrat, 2005, S. 29)

Kombiniert mit schwierigen Ereignissen in der Kindheit (Gewalterfahrungen, Vernachlässigung, Heimaufenthalte), in der Jugend (Suchtmittelgebrauch, Straffälligkeit) und im Erwachsenenalter (psychische Erkrankungen, Trennungen, Entzug der elterlichen Sorge) geraten die Betroffenen in zusätzliche Belastungssituationen, die es fast unmöglich machen, die Notlage der Wohnungslosigkeit aus eigener Kraft zu beenden. Und das insbesondere vor dem Hintergrund der Tatsache, dass die gesellschaftlichen Bedingungen, wie z. B. die schwierige Situation auf dem Arbeitsmarkt, ungleiche Chancen zur Teilhabe an Bildung, Stigmatisierung und Ausgrenzungstendenzen von Wohnungslosen, nicht nur die erfolgreiche Beendigung der individuellen Krisensituation für erfolgreiche Teilhabe voraussetzen, sondern zusätzliche enorme Anpassungsleistungen an das gesellschaftliche System erfordern, um sich den Zugang zur „gesellschaftlichen Normalität“ zu sichern.

Dass das ein schwieriges Unterfangen darstellt, mag diese Aussage belegen: „Nachdem wir festhalten können, dass von den mehr als 3.000 untersuchten Haushalten nur gut ein Drittel zu den Wiederholungsfällen zählt, zeigt die nähere Betrachtung dieser Haushalte, dass in den vergangenen fünf Jahren vor der aktuellen Krise knapp 70 % von ihnen lediglich einmal und rd. 30 % bereits mehrfach von Wohnungslosigkeit bedroht waren, und zwar 24,5 % zwei- bis dreimal und 5,9 % mehr als

dreimal.“ (Volker Busch-Geertsema / Jürgen Evers / Ekke-Ulf Ruhstrat, 2005, S. 39)

3.3 Weitergehende Hilfebedarfe Wohnungsloser

Bereits die Höhe der Anzahl der verschiedenen Anlässe für Wohnungslosigkeit liefert einen Hinweis darauf, dass das Problem der Wohnungslosigkeit sich nicht allein mit der Bereitstellung einer neuen Wohnung lösen lässt. Insofern wurde im Rahmen der Studie von Busch-Geertsema / Evers / Ruhstrat auch untersucht, bei wie vielen Wohnungslosen ein und wenn ja, welcher über die Wohnraumsicherung hinaus gehender Bedarf besteht. Im Ergebnis: „zeigt sich, dass gut ein Drittel der von Wohnungslosigkeit bedrohten Haushalte (34,2 %) einen Bedarf an Unterstützung bei der Regelung ihrer Verschuldung / Überschuldung hat, der über die unmittelbare Krisenbewältigung hinausgeht ...“ Und: „...dass bei einer gleich großen Gruppe von Haushalten kein über die Wohnraumsicherung hinausgehender Bedarf festgestellt wurde (34,2 %) ...“ (Volker Busch-Geertsema / Jürgen Evers / Ekke-Ulf Ruhstrat, 2005, S. 29)

Selbstverständlich wurden auch die über die Wohnraumsicherung hinausgehenden Bedarfe spezifiziert: „Weitergehenden Unterstützungsbedarf hat rd. jeder zehnte Haushalt im Bereich der Suchtproblematik (11,3 %) oder wegen psychischer Störungen (8,6 %), zusammen beträgt ihr Anteil 18,5 % von allen Haushalten. Dabei fällt die Gruppe von Haushalten sehr klein aus, die zugleich einen weitergehenden Hilfebedarf in den Bereichen „Suchthilfe“ und „Hilfe für psychisch Kranke“ (Mehrfachdiagnose) aufweist. Von 2.625 Haushalten trifft dies auf 38 zu, was einem Wert von 1,4 % entspricht. Gut jeder fünfte Haushalt benötigt im Anschluss an die Lösung der akuten Krise Hilfen bei der Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten (18,2 %) und weiteren 11,3 % der Haushalte wird ein sonstiger weitergehender Hilfebedarf attestiert, worunter sich eine Vielzahl von Angaben subsumiert.“ (Volker Busch-Geertsema / Jürgen Evers / Ekke-Ulf Ruhstrat, 2005, S. 29)

Aber, so Busch-Geertsema, Evers und Ruhstrat: „Isolieren wir in einem weiteren Schritt die Mehrfachnennungen ... dann zeigt sich, dass viele „von Wohnungslosigkeit bedrohte Haushalte einen weitergehenden Hilfebedarf zugleich in mehreren Bereichen haben, ... dass von den 34,2 % aller Haushalte mit einem weitergehenden Hilfebedarf bei der Regelung ihrer Ver-/Überschuldung die Mehrzahl (25,7 %) nur in diesem Bereich Unterstützung benötigt. Zusammen mit den Haushalten ohne jeden weiteren Hilfebedarf (34,2 %) macht dies immerhin 59,9 % aller Haushalte aus – oder anders formuliert: bei knapp 60 % der von Wohnungslosigkeit bedrohten Haushalte geht es sowohl bei der akuten Krise als auch daran anschließend im Wesentlichen um finanzielle Angelegenheiten. Das bedeutet dann aber eben auch, dass bei gut 40 % der bedrohten Haushalte ein über die Hilfe bei finanziellen Angelegenheiten hinausgehender Hilfebedarf besteht. So hatten 5,9 % aller Haushalte einen Hilfebedarf ausschließlich bei der Überwindung der Suchtproblematik, 4,5 % ausschließlich bei der Überwindung psychischer Störungen und 10,7 % der Haushalte ausschließlich bei der Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten.“ (Volker Busch-Geertsema / Jürgen Evers / Ekke-Ulf Ruhstrat, 2005, S. 30/31)

3.4 Beschäftigungssituation

Zwar ist die Bundesagentur für Arbeit in der Pflicht, eine Vielzahl statistischer Daten zu erfassen und zu veröffentlichen, aber die zugänglichen Zahlen reichen nicht aus, um hinreichende Aussagen zur beruflichen Situation psychisch kranker Obdachloser treffen zu können. Selbst wenn unterstellt wird, dass diese sich in der Statistik der Bundesagentur unter „Rehabilitationsmaßnahmen“ wieder finden, so müssen zwei Dinge festgestellt werden:

Erstens geht die Anzahl der anerkannten Rehabilitanden seit Jahren kontinuierlich zurück: 2002 waren es 57.300 und im Jahr 2007 nur noch 22.100 (<http://doku.iab.de/kurzber/2008/kb2508.pdf> Abbildung 1., verfügbar am 6.12.2011).

Und zweitens liegt lediglich die Eingliederungsbilanz der Agentur für Arbeit von 2008 vor, die im Glossar für die Daten zur Eingliederungsbilanz ausführt: „Nach § 54 SGB II sind alle Leistungen zur Eingliederung in Arbeit in die Eingliederungsbilanz einzubeziehen. Somit auch die sozialintegrativen Leistungen nach § 16 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1-4 ... Von den Trägern der Grundsicherung wurden für 2008 zum Teil keine Daten zum Einsatz dieser Leistungen übermittelt, so dass die Darstellung in den Daten zu den Eingliederungsbilanzen 2008 noch nicht erfolgen kann.“

(<http://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Statistik-nach-Themen/Eingliederungsbilanzen/Generische-Publikationen/Glossar-Eingliederungsbilanz-SGBII-2008.pdf>, verfügbar am 02.01.2012)

Und auch in dem Bericht der Bundesagentur für Arbeit, der 2006 mit dem Titel „Leistungen zur Eingliederung an erwerbsfähige Hilfebedürftige: Einsatz von Arbeitsgelegenheiten 2005“ vorgelegt wurde, lassen sich keine verwendbaren Aussagen zum Zusammenhang Arbeitslosigkeit, Wohnungslosigkeit und berufliche Rehabilitation finden.

(<http://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Statistische-Analysen/Statistische-Sonderberichte/Generische-Publikationen/SGBII/Leistungen-zur-Eingliederung.pdf>, verfügbar am 04.12.2011)

So müssen die Ergebnisse des Forschungsberichtes von Busch-Geertsema / Evers / Ekke-Ruhstrat hinzugezogen werden, die selbstverständlich die Probanden auch nach der Art des Einkommens befragten, das ihrem Haushalt zur Verfügung steht. Es „geben acht von zehn Haushalten an, dass sie ihren Lebensunterhalt im Wesentlichen oder ausschließlich von Transfereinkommen bestreiten, rd. 20 % der von Wohnungslosigkeit bedrohten Haushalte leben von Einkommen aus unselbstständiger (17,3 %) oder selbstständiger (2,1 %) Erwerbsarbeit“. (Volker Busch-Geertsema / Jürgen Evers / Ekke-Ulf Ruhstrat, 2005, S. 26)

Auch im Statistikbericht der Bundesarbeitsgemeinschaft für Wohnungslosenhilfe e. V. von 2010 wird auf die schwierige Beschäftigungssituation eingegangen. 89,8 % der Klienten/-innen waren arbeitslos. Erinnerung sei an dieser Stelle aber auch daran, dass die BAG-

Zahlungen auf Schätzungen basieren und beide Aussagen nicht explizit die Personengruppe psychisch Kranker ausweisen.

Die Notwendigkeit, dass im Rahmen der statistischen jährlichen Erhebungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Wohnungslosenhilfe e. V. Erhebungen zu psychischen und / oder seelischen Störungen erfolgen müssen und erst recht einer gesetzlichen Grundlage bedürfen, soll an dieser Stelle nochmals betont werden.

3.5 Psychisch Kranke

Allerdings hat die Bundesarbeitsgemeinschaft für Wohnungslosenhilfe e.V. ein vom Fachausschuss Gesundheit der BAG W erarbeitetes und vom Gesamtvorstand der BAG W am 06./07. April 2006 verabschiedetes Positionspapier mit dem Titel: "Psychische Erkrankungen bei wohnungslosen Frauen und Männer Darstellung der Problemlagen und Handlungsbedarfe" vorzuweisen.

So spiegelt sich die Tatsache: „... dass nicht nur Krankheiten wie Bluthochdruck oder Diabetes mellitus, sondern auch psychische Erkrankungen mittlerweile zu den Volkskrankheiten zählen ...“, und dass „... der Anteil der Arbeitsunfähigkeitstage durch psychische Beeinträchtigungen in den letzten fünfzehn Jahren um 70 bis 80 Prozent gestiegen ...“ ist, auch im Kontext der Wohnungslosennotfallhilfe wieder. (<http://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de/npin/show.php3?id=17&nodeid>, verfügbar am 01.12.2011)

Psychisch kranke Menschen mit geringer Krankheitseinsicht leben in beträchtlichem Umfang in Notunterkünften, Nischen oder gänzlich auf der Straße. Oft sind sie unversorgt und haben keinen Kontakt mehr zum Versorgungssystem für psychisch kranke Menschen. Sie haben langjährige Psychiatrieerfahrung, sind entweder noch in laufender psychiatrischer Behandlung oder haben eine solche abgebrochen, sind psychisch auffällig und bislang weder diagnostiziert noch behandelt; zeigen erstmalig eine akute Krankheitssymptomatik, haben nicht selten mehrere psychiatrische Diagnosen oder häufig die Doppeldiagnose Suchterkrankung / psychische

Erkrankung ohne Krankheitseinsicht. Vgl. <http://www.bagw.de/fakten/1.phtml>, Position der Bundesarbeitsgemeinschaft für Wohnungslosenhilfe e. V., Psychische Erkrankungen bei wohnungslosen Frauen und Männern, Darstellung der Problemlagen und Handlungsbedarfe, verfügbar am 01.12.2011)

Diese Wahrnehmung mag eine Erklärung dafür sein, dass die BAG Wohnungslosennotfallhilfe in den 90er Jahren mehrere Studien zum Ausmaß psychischer Erkrankungen unter wohnungslosen Männern und Frauen durchgeführt und Diskussionen zur Problematik der Mehrfachproblemlagen bei wohnungslosen Männern und Frauen angeregt hat.

„Gemeinsam ist den Studien und Erhebungen die Erkenntnis, dass es sich bei den betroffenen Frauen und Männern um eine durch psychische Störungen und Erkrankungen und Suchtmittelabhängigkeiten hoch belastete Personengruppe mit einer hohen Rate von Mehrfachdiagnosen handelt.“ (<http://www.bagw.de/fakten/1.phtml>, Position der Bundesarbeitsgemeinschaft für Wohnungslosenhilfe e. V., Psychische Erkrankungen bei wohnungslosen Frauen und Männern, Darstellung der Problemlagen und Handlungsbedarfe, verfügbar am 02.12.2011)

In drei deutschen Studien untersuchten Fichter und Mitarbeiter 1996, 1997 und 2000 ausgewählte Wohnungslose in München mittels standardisierter Interviews. Wenngleich lediglich die Ergebnisse der Studie aus 2000 repräsentativ für München sind, so geben doch alle drei Studien Auskunft (vgl. Rosenke, 2007, S. 12) über den Anteil psychischer Störungen.

Im Ergebnis der Studie von Fichter, M. u. a. von 1996 ist folgendes ausgewiesen:

Der Anteil der Häufigkeit der Personen, die innerhalb von sechs Monaten an Schizophrenie litten machte 9,6 % aus, der Anteil affektiver Störungen betrug 24,0 % und Angststörungen zeigten 14,4 %.

1997 bezog sich die Erhebung nur auf Wohn-, Eingliederungs- und Übernachtungsheime. Der Anteil der Häufigkeit der Personen, die innerhalb von sechs Monaten an psychotischen Erkrankungen litten betrug 4,2 %, affektive Störungen zeigten 17,6 % und über Angststörungen klagten 20,2%.

In der für München repräsentativen Studie von Fichter, Quadflieg, Cuntz (2000), betrug der Anteil der Häufigkeit der Personen, die innerhalb eines Monats psychotisch erkrankten 6,6 %, der Anteil affektiver Störungen betrug 16,3 % und Angsterkrankungen hatten 11,6 %.

Die Ergebnisse einer von Reker und Eikermann (1997) durchgeführten Untersuchung stellen sich wie folgt dar: „Von 52 Bewohnern eines städtischen Übernachtungsheimes für wohnungslose Männer in Münster fanden wir bei 64 Prozent eine Alkoholabhängigkeit, die häufig durch internistische und neurologische Folgekrankheiten kompliziert wurde, bei zehn Prozent eine schizophrene Psychose und bei vier Prozent neurotische oder Persönlichkeitsstörungen. Lediglich bei dem verbleibenden Viertel handelte es sich um sozial randständige Männer ohne psychiatrische Störungen.“ (Reker, Thomas; Eikermann, Bernd: Deutsches Ärzteblatt, 1997; 94: Heft 21 A – 1440)

Aber abschließend muss bedauernd festgehalten werden: „Bis heute fehlt eine großangelegte epidemiologische Studie zum Ausmaß psychischer Erkrankungen unter wohnungslosen Frauen und Männern.“ (Rosenke, Werena (2007): „Gesundheit Berlin“ (Hrsg.). Dokumentation. 13. bundesweiter Kongress „Armut und Gesundheit“, Berlin, 2007, S. 6)

3.6 Versorgungssystem psychisch kranker Wohnungsloser

Für die Versorgung dieser Personengruppe fühlen sich vor allen Dingen zwei Systeme zuständig: die Wohnungslosennotfallhilfe und der psychiatrische Bereich.

In der Literatur ist auffällig, dass sich die Rehabilitationsträger mit ihrem Hilfepotential weniger in den Vordergrund stellen und offenbar auch von den anderen beteiligten Akteuren wenig gefordert werden. Es mag daran liegen, dass für diese besondere Zielgruppe die gemeinsame Wahrnehmung von Verantwortung besonders schwer zu gestalten ist, da doch bereits jeder

Akteur für sich bereits gefordert ist, den besonderen Anforderungen dieser Personengruppe ausreichend gerecht werden zu können.

Denn die Schwierigkeiten in der angemessenen Versorgung psychisch Kranker Wohnungsloser sind bekannt.

Auf Grund der strukturellen Ausstattung ist ein Großteil der ambulanten und stationären Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe tendenziell überfordert, da Kommunikationsprozesse mit Menschen in Mehrfachproblemlagen sehr zeitaufwendig und für Störungen empfänglich sind. Dieser notwendige personelle Mehraufwand wird durch die Kostenträger der Einrichtung nicht ausreichend gedeckt. Die Finanzierung erfolgt durch die örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträger in Form von Pflegesätzen oder zu verhandelnden Leistungspauschalen, die einen erweiterten Blick auf Zielgruppenbesonderheiten und damit angemessene Leistungen ausschließen. Auch notwendige Qualifizierungsmaßnahmen, die über die unzureichende Grundausbildung des Personals hinweghelfen und die konstruktiven Handlungsoptionen des Fachpersonals erweitern könnten, stehen nur unzureichend zur Verfügung. So sind die professionellen Mitarbeiter/-innen dieses Bereichs zusätzlichen Belastungen ausgesetzt.

(Vgl. Aberle, 2009, S. 6 ff; Preisinger, 2011, S. 11 ff)

Für diesen Personenkreis wurden kaum Unterbringungskapazitäten geplant und bestehende Einrichtungen haben ihre Kapazitätsgrenze längst erreicht. Darüber hinaus gibt es nur einige Einrichtungen für Doppeldiagnosen, die in der Regel bereits ausgelastet sind.

Defizite im psychiatrischen Versorgungssystem zeigen sich vor allen Dingen darin, dass diese Institution weniger über ihre Aufgaben und Rolle als Dienstleister, sondern eher über ihre Kontrollfunktion definiert wird. Eine Erklärung mag die unterschiedliche Interessenlage zwischen den Psychiatriemitarbeiter und Klient/-innen sein. Klaus Nouvertné (2003) führt Folgendes aus:

„Während Erstere die Rehabilitation in den Vordergrund stellen (89 %), die mittels Sozio- und Psychotherapie (61 %) in einem Schutz- und Schonraum (37 %) erreicht werden soll und die materielle Absicherung (31 %), die Sicherung der Lebensqualität (23 %) und die Krankheitsbewältigung (18 %)

nachrangig ist, so verfolgen Zweitere andere Interessen. 82 % möchten ihre Ruhe, streben materielle Absicherung an (67 %), erwarten Verständnis (51 %), suchen soziale Nischen (38 %), weniger therapeutische Unterstützung (27 %) und am wenigsten streben sie die Rehabilitation an. (Vgl. Nouvertné, 2003, S. 4)

Wenn sich darüber hinaus die eigentlichen Adressaten der Hilfe nicht ernst genommen fühlen und einschätzen, dass die Psychiatrie nicht die Komplexität ihrer Problemlage berücksichtigt, sondern sich lediglich auf Teile ihrer Probleme bezieht (vgl. Schild, 2000, S. 99), ist wohl die Frage zu stellen, wie bei den unterschiedlichen Sichtweisen und Interessen Psychiatrie und Klient-/innen zueinander finden sollen. (Vgl. Aberle, 2009, S. 46)

Die stärkere Entwicklung hin zum Dienstleister wäre ein erster Schritt. Der allerdings müsste ergänzt werden durch die Ablehnung des Missbrauchs der Psychiatrie, der durch gesellschaftlichen Druck, Verhaltensauffälligkeiten psychiatrisch zu deuten und zu behandeln, entsteht, und in der Folge die Psychiatrie in der Kontrollfunktion hält.

Es ist kein Zufall, dass die Versorgungssysteme in diesem Abschnitt einzeln und mit den vorhandenen Schwierigkeiten im eigenen System dargestellt wurden. Denn erstens gibt es die jeweils eigenen Probleme und zweitens werden diese dann für die anderen Akteure bedeutsam, wenn weitergehende Hilfebedarfe und die Notwendigkeit von Vermittlungen in die Sozialpsychiatrie oder Suchtkrankenhilfe erforderlich sind. Dann gestalten sich Zugänge wegen unklarer Zuständigkeiten, fehlender Krankeneinsicht, fehlendem Veränderungswillen oft schwierig. Wenn psychiatrische Menschen noch dazu häufig auf ihre Suchterkrankung reduziert werden, können die psychiatrischen Ursachen ihrer Erkrankung weder diagnostiziert noch behandelt werden.

Mit dem Blick auf die eingangs erwähnten Rehabilitationsträger, die für die berufliche Eingliederung zuständig sind, muss abschließend gesagt werden, dass dem zur optimalen Versorgung psychisch kranker Wohnungsloser notwendigen Kooperationsgebot gegenwärtig nicht in ausreichendem Maße Rechnung getragen wird.

4 Aufgaben und rechtliche Grundlagen der Wohnungslosenhilfe, medizinische Versorgung psychisch Kranker und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Da sich das Wissen darum, dass bei einem großen Teil der wohnungslosen Menschen komplexe Hilfebedarfe bestehen, durchgesetzt hat, lassen sich die Aufgaben und Ziele der Wohnungslosenhilfe weder in der Praxis noch im Rahmen dieser Arbeit auf die Verhinderung von Wohnungsverlusten, die Verkürzung des Aufenthaltes in Unterkünften oder die Integration in die dem Hilfebedarf angemessenen Wohnformen begrenzen. Neben den umfangreichen Beratungen der Klienten/-innen, praktischen Hilfen (z. B. Beschaffung von Hausratsgegenständen oder Umzugshilfen, Management von Konflikten zwischen untergebrachten Wohnungslosen und Nachbarn) gehören auch Beiträge zur kommunalen Entwicklung und Steuerung von Wohnungslosenhilfeangeboten zu den Aufgaben. Der Aspekt der Gestaltung gelingender Kooperationsbeziehungen, insbesondere zu dem Gesundheitssystem, der Wohnungswirtschaft und Arbeitsagenturen gewinnt zunehmend an Bedeutung. Das umso mehr, als das die gesetzlichen Leistungen in versäulten Systemen unterschiedlicher Institutionen mit unterschiedlichen Handlungslogiken und gesetzlichen Bezugsgrößen verankert sind, die nunmehr näher erläutert werden sollen.

Das SGB XII stellt den gesetzlichen Rahmen für die Leistungen der Wohnungslosenhilfe dar.

Im § 53 SGB XII sind Leistungsberechtigte und Aufgaben ausgewiesen:

„(1) Personen, die durch eine Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 1 des Neunten Buches wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind, erhalten Leistungen der Eingliederungshilfe, wenn und solange nach der Besonderheit des Einzelfalles, insbesondere nach Art oder Schwere der Behinderung, Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe erfüllt werden kann. Personen mit einer anderen

körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung können Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten.

(2) Von einer Behinderung bedroht sind Personen, bei denen der Eintritt der Behinderung nach fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist. Dies gilt für Personen, für die vorbeugende Gesundheitshilfe und Hilfe bei Krankheit nach den §§ 47 und 48 erforderlich ist, nur, wenn auch bei Durchführung dieser Leistungen eine Behinderung einzutreten droht.

(3) Besondere Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern. Hierzu gehört insbesondere, den behinderten Menschen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihnen die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen.

(4) Für die Leistungen zur Teilhabe gelten die Vorschriften des Neunten Buches, soweit sich aus diesem Buch und den auf Grund dieses Buches erlassenen Rechtsverordnungen nichts Abweichendes ergibt. Die Zuständigkeit und die Voraussetzungen für die Leistungen zur Teilhabe richten sich nach diesem Buch.“

(http://www.sozialgesetzbuch.de/gesetze/12/index.php?norm_ID=1205300, verfügbar am 1.12.2011)

Als Behinderung zählen auch die psychischen Erkrankungen, wenn die im Gesetzesartikel benannten Voraussetzungen erfüllt sind. Erfüllt heißt, dass es immer ein Gutachten eines Facharztes geben muss, der diese Diagnose stellt. Insofern sind Ausgangspunkt der Hilfen nach §§ 53 SGB XII immer die festgestellten physischen oder psychischen Beeinträchtigungen durch einen Facharzt. Weiterhin ist es notwendig, dass der Hilfesuchende bereit ist, die aus fachlicher Sicht erforderliche Hilfe anzunehmen. Dieses Erfordernis gestaltet den Einstieg in die Hilfen wesentlich schwieriger. Auf diese Schwierigkeiten wird im Verlauf der Arbeit immer wieder eingegangen.

Ausgangspunkt der Hilfe nach §§ 67 SGB XII sind die besonderen Lebensverhältnisse, die eindeutig mit besonderen sozialen Schwierigkeiten im Zusammenhang stehen müssen: „Personen, bei denen besondere Lebensverhältnisse mit sozialen Schwierigkeiten verbunden sind, sind Leistungen zur Überwindung dieser Schwierigkeiten zu erbringen, wenn sie aus eigener Kraft hierzu nicht fähig sind. Soweit der Bedarf durch Leistungen nach anderen Vorschriften dieses Buches oder des Achten Buches gedeckt wird, gehen diese der Leistung nach Satz 1 vor.“

(http://www.sozialgesetzbuch.de/gesetze/12/index.php?norm_ID=1206700, verfügbar am 28.11.2011)

Die Ausgestaltung der Hilfen nach §§ 67 SGB XII ist nicht weiter in der äußeren Form normiert und auch in der Umsetzung inhaltlich selten enger gefasst.

Diese Hilfen nach §§ 67 SGB XII können Personen erhalten, deren Hilfeanspruch aufgrund besonderer sozialer Schwierigkeiten von außen wahrgenommen wird. Dadurch, dass diese Leistungen in der Regel aufgrund eines vermuteten oder beschriebenen Hilfebedarfs bewilligt werden – ein fachärztliches Gutachten nicht notwendig ist - und die Zustimmung der hilfebedürftigen Personen zur Annahme der jeweiligen Hilfeform meist ausreicht, ist der Zugang zu diesen Hilfen für die Betroffenen deutlich einfacher.

Hilfen nach §§ 67 SGB XII sollen auf die Überwindung der sozialen Schwierigkeiten ausgerichtet sein und als Ziel den (Wieder-) Erhalt der Wohnung und des Arbeitsplatzes im Sinne einer Eingliederung in die Gesellschaft durch geeignete sozialintegrative Maßnahmen fördern. Wenngleich Hilfen nach §§ 67 SGB XII in Bezug auf weitere Hilfen, die zunächst nachrangige Hilfe, darstellt, so ist diese Hilfe im Kontext der hier zur Rede stehenden Hilfeformen in vielen Fällen die vorbereitende Hilfe zur Annahme weiterer Hilfen und hier insbesondere zur Hilfe nach §§ 53 SGB XII.

Wenn wir uns dem Bereich der psychisch Kranken nähern, dann ist sofort das Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) präsent.

Wenngleich es zunächst ein Ländergesetz ist, ähneln sich jedoch in allen Bundesländern die Grundaussagen dieses Gesetzes. Neben der Zuständigkeit für psychisch Kranke ist im Gesetz auch die Zuständigkeit für Abhängigkeitserkrankte gegeben.

Zu Unrecht werden die gesetzlichen Inhalte oftmals auf Anordnung von Schutzmaßnahmen in der Psychiatrie gegen den Willen der Betroffenen reduziert, denn tatsächlich umfassen die Leistungsinhalte auch medizinische Hilfen und psychosoziale Vor- und Nachsorgemaßnahmen. Alle Hilfen können ergänzend zu bereits bestehenden psychotherapeutischen und ärztlichen Behandlungen bewilligt werden.

Angeboten und durchgeführt werden diese Hilfen von den örtlich zuständigen Gesundheitsbehörden und speziell von den sozialpsychiatrischen Diensten. Die Einschaltung und Beauftragung dieser Dienste kann von den Erkrankten selbst oder von Dritten ausgelöst werden. Kostenträger dieser Angebote sind die Kommunen.

Eben weil mit dem PsychKG oft „Zwangseinweisungen“ – also gegen den Willen der Betroffenen – in geschlossene Abteilungen psychiatrischer Kliniken assoziiert werden, soll an dieser Stelle eine nähere Ausführung erfolgen. Denn wenngleich das Gesetz sehr wohl diese Möglichkeit bietet, so ist zum Schutz der Betroffenen ein vorgeschriebener Rechtsweg einzuhalten. So ist die Grundlage für die Zwangsunterbringung eines Betroffenen nach PsychKG immer die unmittelbar drohende Fremdgefährdung von Dritten (in einigen Bundesländern auch von Sachen), durch den Betroffenen oder die eigene Gefährdung durch sich selbst. Allerdings müssen diese Gefährdungsaspekte durch die Begutachtung der Betroffenen durch einen Psychiater festgestellt werden. Der allerdings kann diese Unterbringung auch nicht anordnen. Vielmehr ist das Gutachten lediglich die unabdingbare Voraussetzung für eine Anordnung durch das zuständige Amtsgericht. Lediglich bei Gefahr im Verzuge kann – und das nur zunächst – ohne die Existenz eines Gerichtsbeschlusses untergebracht werden. Unverzüglich

nach der Unterbringung ist das Gericht zu informieren. Das Gericht ist dann in der Verantwortung, die Unterbringung zu überprüfen. Dem Gericht kommt auch die Aufgabe zu, über die Dauer der Maßnahme einen richterlichen Beschluss herbeizuführen.

Wenngleich unbestritten ist, dass es Situationen gibt, in denen die Anwendung dieses Gesetzes unumgänglich ist, so muss bedacht werden, dass der Ablauf einer Zwangsunterbringung immer traumatisierend für die Betroffenen ist und zusätzlich die Gefahr besteht, dass diese erneute negative Erfahrung mit der Psychiatrie im Betreuungs- und Behandlungsverlauf erschwerend wirkt. Insofern muss das vorrangige Ziel immer sein, psychisch kranken Wohnungslosen solche psychiatrische Hilfen anzubieten, die eine Zwangsunterbringung nicht erforderlich machen.

Und mehr noch: jegliches Handeln im psychiatrischen Kontext muss dem Grundsatz folgen, wirklich kranken Menschen zu helfen. Die Psychiatrie: „...muss Anwalt der Patienten sein und darf sich nicht zum Agenten einer Gesellschaft machen, die sich von den Irritationen durch ihre psychisch Kranken entlasten möchte. Es muss ihr vielmehr darum gehen, psychisch kranken Menschen zu helfen, mit all ihren Außergewöhnlichkeiten mitten in dieser Gesellschaft zu leben.“ (Lütz, 2009, S. 40 ff)

Aber auch die Gesellschaft sieht Lütz in der Verantwortung, verantwortlich mit den „ ... merkwürdigen nicht stromlinienförmigen Mitgliedern ...“ (Lütz, 2009, S. 41) umzugehen.

„Das gilt auch für diejenigen, die man behandeln könnte, die sich aber nicht behandeln lassen wollen. Solange sie niemanden und auch sich selbst nicht gefährden, muss eine freiheitliche Gesellschaft das respektieren.“ (Lütz, 2009, S. 41)

Im Nachgang zu sozialen und medizinischen Hilfen sollen nunmehr die gesetzlichen Hintergründe zur beruflichen Wiedereingliederung Beachtung finden.

„Menschen, die länger als sechs Monate erkranken oder dauerhaft gefährdet sind zu erkranken, können einen Anspruch auf Hilfen zur beruflichen

Rehabilitation in deutschsprachigen Ländern stellen. Die Erkrankungen können körperlicher, geistiger und seelischer Art sein. Leistungen der beruflichen Rehabilitation sollen die Arbeitsfähigkeit erhalten, verbessern oder wiederherstellen.“

(http://de.wikipedia.org/wiki/Berufliche_Rehabilitation, verfügbar am 06.12.2011)

Im SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) wird die Wiedereingliederung und Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben geregelt.

Im Sozialgesetzbuch III, siebenter Abschnitt, ist die Förderung der Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben dargestellt.

Die Leistungsansprüche des SGB IX wiederholen sich, sind allerdings zu Kann- Bestimmungen heruntergestuft.

Das Sozialgesetzbuch XII bietet ebenso die Möglichkeit beruflicher Eingliederungshilfen für behinderte Menschen.

Seit dem Jahr 2005 spielt auch das SGB II (insb. §§ 1; 8, und 16) eine tragende Rolle, dessen Leitprinzip das „Fördern und Fordern“ ist und arbeitsmarktpolitische Leistungen für erwerbsfähige hilfebedürftige Personen, die aufgrund chronischer Krankheit von Behinderung bedroht sind, bietet.

Auf die Frage nach der Zuständigkeit der jeweiligen Rehabilitationsträger soll an dieser Stelle nicht weiter eingegangen werden, da sie nicht relevant und gesetzlich gesichert ist, dass im Falle eines Antragseingangs bei einem der möglichen Rehabilitationsträger dieser innerhalb von zwei Wochen die Zuständigkeit zu prüfen und bei Zuständigkeit innerhalb bestimmter Fristen zu handeln hat oder bei Nichtzuständigkeit den Antrag unverzüglich an den seiner Auffassung nach zuständigen Rehabilitationsträger weiterleiten muss.

5 Zur Situation wohnungsloser und psychisch kranker Menschen in Leipzig

Um die Situation wohnungsloser und psychisch Kranker zu skizzieren, wurden der „Leipziger Lebenslagenreport 2009“, der „Psychiatriebericht 2010“, der „Geschäftsbericht des Sozialamtes der Stadt Leipzig 2010“ und der „Sozialreport 2010“ – alles Veröffentlichungen der Stadt Leipzig – genutzt.

Aus dem Geschäftsbericht des Sozialamtes der Stadt Leipzig 2010 und dem Sozialreport 2010 sollen an dieser Stelle zunächst themenbezogene und relevante Daten, welche die Entwicklung der Situation Wohnungsloser insgesamt zeigen, herausgestellt werden.

Während im Jahr 2008 die Ausgaben 1,344 € Millionen für Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten betrugen, waren 2010 bereits 2,2 Millionen notwendig. Auch im Bereich der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (2008 13,066 Millionen, 2010 14,019 Millionen) ist ein Anstieg der Ausgaben zu verzeichnen. Interessant ist auch die Steigerung der Haushalte, die Wohngeld beziehen: von 9.495 im Jahr 2008 auf 12.380 im Jahr 2010 (vgl. S. 17) und insbesondere die Tatsache, dass den größten Anteil dieser Gruppe zwar die Nichterwerbstätigen (8.392) ausmachen, aber dann sofort die Rentner und Pensionäre (6.375) und dann die Erwerbstätigen (3.018) folgen (vgl. Seite 17). Ebenso stiegen in Leipzig die Ausgaben aus dem kommunalen Haushalt auf der Grundlage des SGB II für Mietschulden (308.000 im Jahr 2008 auf 358.000 im Jahr 2010 (vgl. Sozialreport, 2010, S.28).

Weiterhin musste das Sozialamt 2010 eine gestiegene Anzahl im Bereich der Schuldnerberatung (von 1.391 Beratungen 2008 auf 2.198 im Jahr 2010) verzeichnen, die eine Erhöhung des kommunalen Mitteleinsatzes von 458.000 im Jahr 2008 auf 709.317 im Jahr 2010 nach sich zog (Geschäftsbericht Sozialamt, 2010, S. 22;

<http://www.leipzig.de/de/buerger/newsarchiv/2011/Geschaeftsbericht-des-Sozialamtes-Leipzig-2010-20729.shtml>, verfügbar am 22.12.2011)

Es gab 2008 in 1.081 Fällen, 2009 in 1.177 Fällen und 2010 in 1.178 Fällen Räumungsklagen. Zwangsräumungen fanden 2008 in 704 Fällen, 2009 in 786 und 2010 in 810 Fällen statt. (Geschäftsbericht Sozialamt, 2010, S. 17; <http://www.leipzig.de/de/buerger/newsarchiv/2011/Geschaeftsbericht-des-Sozialamtes-Leipzig-2010-20729.shtml>, verfügbar am 22.12.2011)

Im Sozialreport 2010 ist ausgewiesen, dass 2009 insgesamt 124 männliche, 63 weibliche Personen und 53 Kinder im Rahmen der Notunterbringung für Obdachlose versorgt werden mussten. (Sozialreport, Tabelle 50, S. 109; http://www.leipzig.de/imperia/md/content/51_jugendamt/sozialreport_2010.pdf verfügbar am 18.12.2011)

Absolute Zahlen zur Beschäftigungssituation psychisch kranker Wohnungsloser bieten die Berichte nicht, so müssen folgende Aussagen genügen:

„Aus der Leistungs- und Versorgungsübersicht der ambulant-komplementären Psychiatrie der Stadt Leipzig ergibt sich, dass im Jahr 2008 der vom Sozialpsychiatrischen Dienst betreuten Personen im erwerbsfähigen Alter 38,5 % arbeitslos gemeldet waren.“ (Lebenslagenreport, 2009, S. 94; http://www.leipzig.de/imperia/md/content/50_sozialamt/lebenslagenreport_leipzig_2009.pdf, verfügbar am 12.12.2011)

Und: „Für Leipzig ist nur die Zahl der als arbeitslos gemeldeten Schwerbehinderten bekannt. Diese ist seit 1999 von etwa 1.000 auf 1.681 im Jahr 2008 gestiegen.“ (ebenda, S. 135)

Integrationsmaßnahmen gemäß § 67 SGB XII wurden im Jahr 2009 181 Haushalten im ambulant betreuten Wohnen gewährt, 504 Personen nahmen Beratungen in Anspruch, von denen 320 Personen erstmalig beraten wurden (vgl. Sozialreport, 2010, S. 109;

http://www.leipzig.de/imperia/md/content/51_jugendamt/sozialreport_2010.pdf, verfügbar am 12.12.2011).

Diesen Bedarfen – so kann man den Berichten entnehmen – steht eine vielfältige Versorgungsstruktur gegenüber.

In der Stadt Leipzig stehen im Bereich der Wohnungsnotfallhilfe für obdachlose Personen mehrere Einrichtungen als Übernachtungshäuser (getrennt nach Geschlechtern) und Notschlafstellen mit einer Gesamtkapazität von ca. 100 Plätzen ganzjährig zur Verfügung. Obdachlose Alleinstehende oder Familien wohnen auch übergangsweise in Gewährleistungswohnungen.

In Leipzig existiert auch eine über die Notunterbringung hinausgehende gute Versorgungslage. So lassen die im Sozialreport der Stadt Leipzig von 2010 dargestellten Fakten zum Wohnungsbestand in Leipzig insgesamt keine Verschärfung der Wohnsituation, die möglicherweise einen Anstieg von Wohnungsloser oder Wohnungslosigkeit bedrohter Haushalte zur Folge haben, erkennen. Es kam sowohl zu einem Anstieg der Wohnungen als auch Anstieg vorhandener kleiner Wohnungen. Es gibt immer noch einen Leerstand von ca. 35.000 Wohnungen in der Stadt und die Miete bleibt auf einem konstanten Niveau (vgl. ebenda, S. 19-22; http://www.leipzig.de/imperia/md/content/51_jugendamt/sozialreport_2010.pdf, verfügbar am 22.12.2012).

Entschärfend wirkt sicher auch das Sächsische Belegungsgesetz: „Die Sicherung und Kontrolle der Wohnungsbelegungsrechte inkl. festgelegter Sanktionsmöglichkeiten, die Grundlage zur Unterbringung hilfsbedürftiger Haushalte“ bietet. „Aktive Belegungsbindungen ...bestehen vornehmlich im Bestand der städtischen Wohnungsgesellschaft LWB GmbH mit ca. 38.000 Wohnungen.“ „... zum 31.12.2010 verfügte die Stadt darüber hinaus über 5.326 Belegungsbindungen“ (vgl. ebenda, S.18).

Über die „reine Unterbringung hinaus“ können sich Betroffene beim Sozialamt beraten lassen. Dazu gibt es u. a. die Möglichkeit einer einmaligen finanziellen Hilfe, um den Wohnraum zu sichern.

Neben diesen Angeboten der Stadt Leipzig gibt es weitere Leistungen von verschiedenen Vereinen und Verbänden der Wohnungslosenhilfe, von denen das ambulant betreute Wohnen, Beratungshilfen und Tagesaufenthaltsmöglichkeiten für wohnungslose und arme Menschen beispielhaft genannt sein sollen.

Betrachtet man das medizinisch-psychiatrische Versorgungssystem, so mag man den Ausführungen im Psychiatriebericht folgen: „Leipzig besitzt ein gut ausgebautes Versorgungssystem, das ambulant-komplementäre Angebote mit Krankenhausangeboten in einem Gemeindepsychiatrischem Verbund verzahnt ...“ „...die Psychosozialen Gemeindezentren“ erreichen „...als niedrigschwelliger Anlaufpunkt fast 1.500 chronisch psychisch kranke Menschen ...“ Der Sozialpsychiatrische Dienst hat: „im Jahr 2009 fast 1.900 psychisch kranke Menschen – oft in der eigenen Wohnung des Klienten – betreut ...“. (Vgl. Psychiatriebericht 2010, S.29; http://www.leipzig.de/imperia/md/content/53_gesundheitsamt/psychiatriebericht_2010.pdf, verfügbar am 18.12.2011)

Drei psychiatrische Kliniken in Leipzig halten neben der stationären Versorgung ebenfalls ein tagesklinisches Angebot vor und auch der Verbund Gemeindenahe Psychiatrie hat mehr als 60 tagesklinische Plätze.

42 Nervenärzte unterstützen im niedergelassenen Bereich die Versorgung von psychisch Kranken der Stadt.

Selbstverständlich gibt es auch ein Jobcenter und eine Agentur für Arbeit und zuständige Rehabilitationsträger, die für die berufliche Wiedereingliederung Verantwortung tragen. Kommunale Zahlen liegen für diesen Bereich allerdings nicht vor.

6 Die Notunterbringung für obdachlose, psychisch kranke Menschen der DAS BOOT gGmbH Leipzig

Der Träger der Notunterbringung für obdachlose, psychisch kranke Menschen – zunächst Das Boot e. V. – wurde im Frühjahr 1990 von psychiatrieerfahrenen Menschen, professionellen Helfern und interessierten Laien gegründet.

2007 überführte der Verein als einziger Gesellschafter alle Tätigkeitsfelder des Vereins an DAS BOOT gGmbH. Diese gGmbH versteht sich als gemeindenahes Zentrum für Menschen mit psychischen und / oder sozialen Handicaps sowie in Lebenskrisen und übernimmt in erster Linie Aufgaben, die in der Versorgungsverantwortung der örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträger für seine psychisch kranken Bürger/-innen liegen.

Seit 2004 war ein Anstieg von wohnungslosen psychisch Kranken zu verzeichnen und 2007 wurde deutlich, dass die Problemlagen psychisch kranker, obdachloser Menschen in der vorherrschenden Angebotsstruktur (Übernachtungshäuser und Notschlafstellen, Gewährleistungswohnungen für wohnungslose Männer und Frauen) nicht ausreichend aufgefangen werden konnten. So entstand im Oktober 2007 die „Notunterbringung“ in Leipzig-Großzschocher. In einem Mehrfamilienhaus wurden von der Stadt vier angemessene Gewährleistungswohnungen gemietet und ausgestattet. Im Erdgeschoss des Hauses wurde durch den Träger DAS BOOT gGmbH ein Büro- und Beratungsbereich angemietet, um kontinuierliche Beratungs- und Betreuungskontakte durch eine Mitarbeiterin (zunächst 0,75 VZÄ und ab 2011 0,80 VZÄ) gewährleisten zu können.

Die Notunterbringung soll eine Alternative zur Unterbringung psychisch kranker Menschen in Obdachloshäusern, zu unnötig langen stationären Aufenthalten wegen Wohnungslosigkeit bzw. unfreiwillig genutzten und krankheitsfördernden Privatunterbringungen bieten. Der Übergangscharakter der Notunterbringung wurde durch die geplante Unterbringungsdauer von ca. drei Monaten unterstrichen.

Der Zugang zur Nutzung der Wohnungen erfolgt ausschließlich über das Sozialamt der Stadt Leipzig, Abteilung Wohnungslosenhilfe, auf der Grundlage einer Einweisungsverfügung.

6.1 Ziele und Aufgaben

Im Anschluss an die Notunterbringung soll neben der fallbezogenen problemadäquaten Unterkunftsvorsorgung ggf. die Integration in das ambulante psychiatrische Regelversorgungssystem oder anderen geeigneten Hilfesysteme erreicht werden.

Um diese Ziele zu erreichen, gehören folgende Aufgaben zum Angebot:

Die Sozialanamnese bietet die Grundlage der Hilfebedarfsplanung. Die in diesem Zusammenhang geführten Gespräche werden dafür genutzt, auch die Ressourcen der Bewohner/-innen zu erheben. Nach der Problemerkennung erfolgte die Perspektiventwicklung und Bildung von konkreten Zielen, die mit entsprechenden Maßnahmen – unter Beachtung der vorhandenen Ressourcen – zur Zielerreichung umgesetzt wurden.

Der Kooperations- und Netzwerkarbeit kommt eine besondere Bedeutung bei der Vermittlung notwendiger und geeigneter Sofort- und Anschlusshilfen (med. Hilfen, gesetzlicher Betreuer, Wohnraumversorgung, Schuldnerberater, Jobcenter, Rentenversicherungsträger, Krankenkassen, Geldinstitute) zu.

Für gelingende Anschlusshilfen sind bestehende „Altlasten“ klärungswürdig. Das umfasst sowohl Maßnahmen zur Klärung von Altschulden / Schuldenregulierung als auch die Klärung anhängiger Gerichtsverfahren.

Inhalte der sozialpädagogischen Beratung vor Ort sind zumeist auf realitätsgerechte Selbsteinschätzung, die Stärkung des Selbstwertgefühls und die Förderung des Durchsetzungs- und Durchhaltevermögens gerichtet.

Die alltagspädagogischen Hilfen umfassen in der Mehrzahl die Einübung der Tagesstruktur und der Haushaltsführung, die Entwicklung des verantwortlichen Umgangs mit Geld, Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge,

die gesundheitsbewusste Ernährung, die Körperhygiene aber auch die Erschließung des eigenen Wohnumfeldes.

Gemeinsame Gestaltung von Freizeit, oder Beratung und Hilfestellung bei der Freizeitgestaltung wird ebenso praktiziert.

Die Hilfe und Unterstützung bei der Geltendmachung finanzieller Ansprüche oder Sozialleistungen ist gerade im Hinblick auf gelingende Anschlusshilfen bedeutungsvoll und muss auch Hilfe und Unterstützung bei Rechtsunsicherheiten, insbesondere Versicherungsrecht und Verbraucherschutz einschließen.

Leistungen im Rahmen des Auszuges beinhalten die Unterstützung und Begleitung bei der Wohnungssuche, bei der Klärung der Wohnungsausstattung, bei der Umzugsorganisation.

Dass ein Krisenmanagement Bestandteil des Angebotes ist, muss nicht herausgestellt werden, sondern erklärt sich von selbst.

6.2 Relevante Projektdaten

Seit der Eröffnung des Angebotes Notunterbringung für obdachlose, psychisch kranke Menschen im November 2007 wurden mit dem Stand vom 31.12.2011 eine Vielzahl von Klient/-innen betreut. Selbstverständlich wird im Projekt eine Statistik geführt.

Erfasst werden die für die Betreuung notwendigen Sozialdaten, die Anlässe, die zur Wohnungslosigkeit geführt haben, die Eingebundenheit in das psychosoziale / medizinische Versorgungssystem, die Verweildauer und der Anschluss nach der Beendigung der Notunterbringung.

Die Ergebnisse mit Stand 31.12.2011 sollen nachfolgend dargestellt werden.

**Alle Fälle sortiert nach Geschlecht und Anlass der
Wohnungslosigkeit (gesamt) und Alter (gesamt)**

	Ergebnis
Männliche Wohnungslose	28
Weibliche Wohnungslose	20
Anlass Mietschulden	22
Anlass Trennung / Scheidung	1
Anlass Entlassung aus institutioneller Unterbringung	15
Anlass unzumutbares Verhalten	10
Durchschnittliches Alter Gesamt (in Jahren)	46

Quelle: Angebotsstatistik NU, Stand 22.12.2011

Bei Betrachtung der Projektdaten wird deutlich, dass diese Daten mit den Ausführungen zu Anlässen der Wohnungslosigkeit grundsätzlich korrespondieren (vgl. Ausführungen 3.2). Auffallend ist allerdings der geringe Anteil der Wohnungslosigkeit, der durch Trennung / Scheidung verursacht wurde. Die Erklärung ist einfach: Die im Projekt untergebrachten Personen waren seit Jahren alleinstehend. Selbst wenn sie zu früheren Zeiten verheiratet waren oder in einer Beziehung lebten, bestand seit Jahren kein Kontakt mehr zum damaligen Partner. Inwiefern aber diese früheren Trennungssituationen dennoch ein Risikofaktor für die gegenwärtige Situation der Wohnungslosigkeit darstellt, wurde nicht erfragt / beleuchtet.

Bildungshintergrund und Beschäftigungsstatus (gesamt)	Ergebnis
Schulabschluss vorhanden	35
Ausbildungsabschluss vorhanden	18
Studienabschluss vorhanden	4
Beschäftigt auf dem ersten Arbeitsmarkt	1
In Fördermaßnahme während des Aufenthaltszeitraumes	4
In Rehabilitationsmaßnahme	0

Quelle: Angebotsstatistik NU, Stand 22.12.2011

Auffallend ist die hohe Zahl der vorhandenen Schul- und Ausbildungsabschlüsse. Sie ist der Tatsache geschuldet, dass die Sozialisation dieser Bewohner/-innen in der DDR erfolgte.

Die Anzahl der Beschäftigten auf dem ersten Arbeitsmarkt, in Förder- und Rehabilitationsmaßnahmen bezieht sich auf den Zeitraum der Notunterbringung und bietet damit einen realistischen Blick auf die Beschäftigungschancen wohnungsloser psychisch Kranker.

Anschlüsse nach Beendigung der NU und durchschnittliche Aufenthaltsdauer in NU

Eigener Wohnraum	18
Einrichtung des psychosozialen Versorgungssystems	10
Haft	4
Wohnungslosigkeit	12
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer NU gesamt in Tagen	119
Noch laufende Fälle	4

Quelle: Angebotsstatistik NU, Stand 22.11.2011

Insgesamt muss gesagt werden, dass die Idee des Projektes, innerhalb kürzester Zeit Übergänge aus der Wohnungslosigkeit in eigenen Wohnraum oder in Einrichtungen des psychiatrischen Versorgungssystems zu gestalten, realisiert werden kann.

Die Ursachen für angetretene Haftstrafen lagen in allen Fällen weit vor der Unterbringung im Projekt.

Der durchschnittliche Aufenthaltszeitraum mit 119 Tagen ist allerdings nur ein Durchschnitt, wenngleich dieses Ergebnis natürlich der Intention des Angebotes in fast idealer Form entspricht. Von den 48 Klient/-innen hielten sich zwei weniger als 20 Tage, fünf mehr als 20, aber weniger als 40 Tage, fünf mehr als 40, aber weniger als 60 Tage und sieben mehr als 60, aber weniger als 90 Tage auf. 13 Klient/-innen bewegten sich im statistischen Idealzustand zwischen 90 - 120 Tagen. Mehr als 120 aber weniger als 180

Tage blieben drei Bewohner/-innen, zehn blieben mehr als 180, aber weniger als 220 Tage und jeweils ein Bewohner blieb mehr als 220, aber weniger als 300. Mehr als 300, aber weniger als 400, mehr als 400 Tage.

Eingebundenheit in das psychiatrische Versorgungssystem

Vorliegende psychiatrische Diagnose	22
In med.- psychiatrischer Versorgung	15
Ablehnung psychiatrisches Versorgungssystem	33
Ablehnung med. Versorgungssystem	18
Psychische/ psychiatrische Auffälligkeiten ohne vorliegende Diagnose	26

Quelle: Angebotsstatistik NU, Stand 22.11.2011

Auch diese Projektdaten bestätigen die Ausführungen in der Arbeit.

6.3 Möglichkeiten und Grenzen

6.3.1 Kontext Wohnraumversorgung

Ziel des Projektes ist eine problemadäquate Wohnraumversorgung und das ist nicht in jedem Fall der eigene Wohnraum, sondern es kommen auch ambulante und stationäre Wohnformen für psychisch Kranke in Betracht. In den Veröffentlichungen der Stadt Leipzig wird für keine der Möglichkeiten von Versorgungsengpässen gesprochen. Es scheint – so die Datenlage – alles möglich.

Allerdings spiegeln die Aussagen nicht die Sichtweisen der Betroffenen wider, die zumeist sehr genaue Vorstellungen darüber haben, wie sie wohnen und leben möchten und starre Regeln, zu feste Strukturen, Doppelzimmer und die Selbstbezeichnung der Einrichtungen als „Einrichtung für psychisch Kranke / Suchtkranke“ entsprechen mitnichten der Interessenlage der Klient/-innen.

Und tatsächlich kann die Sichtweise der Klienten durch die nunmehr vierjährige Erfahrung auf der Arbeitsebene bestätigt werden: In der Realität sind die stationären Einrichtungen an zu starre Strukturen und Regeln gekoppelt oder eher spezialisiert auf die Suchtkrankenhilfe und werden den Anforderungen der psychische Erkrankten nicht immer gerecht.

Somit stehen für Klient/-innen mit Doppeldiagnosen oder besonderen Verhaltensauffälligkeiten zwar formal Einrichtungen zur Verfügung, aber die Klient/innen schaffen es mitunter – so die Erfahrung – nicht mal auf die Wartelisten der Einrichtungen.

So ist es z. B. nicht gelungen, Klient/-innen, die einen hohen Wasserverbrauch haben, weil sie Tag und Nacht den Wasserhahn zur Beruhigung laufen lassen, oder Klient/-innen, bei denen Aggressionspotential vorhanden und diese mit Wahnvorstellungen gekoppelt sind, oder besonders Verwahrloste, in Einrichtungen unterzubringen. Und mit Einrichtungen sind sowohl die stationären aber auch die ambulant betreuten Wohnformen gemeint.

Denn den Ausführungen von Lutz / Simon, 2007, S. 106 muss zugestimmt werden: Ambulante Angebote sind für die Klient/-innen oft ausreichend, da sehr wohl eigene Ressourcen vorhanden sind. Aber für ebendiese ambulante Versorgung muss Wohnraum zur Verfügung stehen.

An dieser Stelle ist der Bereich der Wohnungswirtschaft gefragt.

Die gemachte Erfahrung im Bereich der Wohnungswirtschaft hat gezeigt, dass Vermieter durchaus zurückhaltend bei der Vermietung psychisch Kranker mit Doppeldiagnosen sind. Bestehende Miet- und Betriebskostenschulden aus vorangegangenen Mietverhältnissen und / oder der Bezug von Transferleistungen stellten ein zu überwindendes Hemmnis dar. Sobald aber die hier genannten Klient/-innen im Rahmen der Wohnraumbesichtigung auffällig agierten, kamen Abschlüsse nicht zustande. Und selbst wenn Mietvertragsabschlüsse zustande kamen, fielen die Betroffenen im Mietshaus auf und es wurde ein nachgehendes fortlaufendes Krisenmanagement notwendig.

Insofern war es erforderlich, unter den Wohnungsmarktakeuren die Anbieter zu identifizieren, die bereit und in der Lage sind, entsprechenden Wohnraum trotz dieser Besonderheiten zur Verfügung zu stellen – und es gibt sie.

Inwieweit sich die Angebote insgesamt auf dem Leipziger Wohnungsmarkt für wohnungslose Menschen verändern werden, muss beobachtet und ggf. von den Verantwortlichen gesteuert werden, denn: „2011 endet die Laufzeit der Belegungsbindungen im geförderten Wohnungsbestand. Bis zu diesem Zeitpunkt müssen auf Basis des wohnungspolitischen Konzeptes i. V. m. dem Wohnraumförderungsgesetz neue stadtweite und bestandsspezifische Belegungsbindungen mit den Wohnungsmarktakeuren vereinbart werden, da allein über den Wohnungsbestand der Leipziger Wohnungsbaugesellschaft (LWB) mbH die Erfüllung der Unterbringungsaufgabe nicht garantiert werden kann.

(Vgl. Sozialreport Leipzig, 2010, S. 18; http://www.leipzig.de/imperia/md/content/51_jugendamt/sozialreport_2010.pdf, verfügbar am 16.12.2011)

Einige Klient/-innen haben für sich entschieden, nicht in eine bürgerliche Existenz, die sie zuzuerst mit eigenem Wohnraum verbunden haben, zurückzukehren. Einige von ihnen wollten die Stadt und das Bundesland verlassen und Angebote der Wohnungslosennotfallhilfe in anderen Städten nutzen, andere – und hier insbesondere Frauen – sahen das Übernachtungshaus in Leipzig als für sie ausreichende Struktur an und nutzen am Tage andere Angebote der Wohnungslosennotfallhilfe (offene Angebote, Essensversorgung, hygienische Einrichtungen). Diese Klient/-innen betonten, dass sie innerhalb dieser Lebensform mit denen ihnen zur Verfügung stehenden Finanzen besser zurecht kommen können. Drei Frauen betonten, dass es ihnen dadurch finanziell möglich ist, in „normalen“ Gaststätten zu essen, sich einen Theaterbesuch leisten oder ihre Enkelkinder unterstützen zu können.

6.3.2 Kontext berufliche Wiedereingliederung

Es wurde bereits ausgeführt, dass die Problemlagen der Betroffenen einen hohen Grad an komplexen Besonderheiten aufweisen, so dass eine Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt nie gegeben und nie wahrscheinlich war. Dabei verfügten mehr als die Hälfte der untergebrachten Klient/-innen über Schulabschlüsse und fast die Hälfte über Ausbildungs- und Studienabschlüsse.

Doch im Rahmen der beruflichen Wiedereingliederung psychisch Kranker Wohnungsloser sind keine Erfolge zu berichten. Weder ist eine Zielgruppenorientierung bei Zusatzjobs oder Beschäftigungsgelegenheiten auszumachen, noch eine Zielgruppenorientierung bei beruflichen Orientierungsmaßnahmen.

In zugewiesenen Maßnahmen scheitern m. E. in erster Linie die Anbieter, weil sie für das gezeigte Verhalten weder Erklärungen noch geeignete Handlungsoptionen haben. Die Klient/-innen verhalten sich stringent so, wie es „von ihnen erwartet wird“. Umso absurder ist es, wenn Sanktionen angedroht und durchgeführt werden, weil die zur Verfügung gestellten – aber nicht problemadäquaten – Maßnahmen nicht angetreten oder abgebrochen werden. Eine Zielgruppenorientierung würde zumindest die Chance bieten, das Potential zur Verbesserung der Eingliederungschancen in die Arbeitswelt zu erhöhen.

Hinzu kommt, dass mit dem SGB II eine neue Schnittstelle im Bewilligungsverfahren im Prozess der beruflichen Rehabilitation eingeführt wurde und somit berufliche Rehabilitation im Spannungsfeld zweier Sozialgesetzbücher mit Förderschwerpunkten steht: Während es im SGB II um eine schnelle Vermittlung geht, steht im SGB IX die bedarfsgerechte, dauerhafte Integration im Mittelpunkt. (Vgl. <http://doku.iab.de/kurzber/2008/kb2508.pdf>, verfügbar am 16.12.2011)

Die Daten des Projektes zeigen, dass weder der eine Förderschwerpunkt noch der andere Förderschwerpunkt der Zielgruppe gerecht wird. So beschränkten sich die Leistungen letztlich in der Prüfung von

Sanktionsmöglichkeiten und dem Ausdrücken von Ratlosigkeit, wie mit diesen Menschen umzugehen ist. Denn das muss gesagt werden: sie traten laut und fordernd auf und lieferten den dortigen Mitarbeiter/-innen Erklärungen für ihr Verhalten, die für diese nicht nachvollziehbar, sondern einfach nur verrückt waren.

6.3.3 Einbindung ins psychosoziale Versorgungssystem

Nun wurde im Rahmen der vorliegenden Arbeit bereits die gute psychosoziale Versorgungsstruktur in Leipzig vorgestellt. Somit könnte von einer Vielzahl von Versorgungsmöglichkeiten ausgegangen werden. Das mag dann auch der Tatsache entsprechen, wenn im Rahmen des Projektes Klientinnen im Sinne des §§ 53 SGB XII betreut werden würden. Das ist bisher in allen Betreuungen nicht der Fall gewesen.

Insofern sollen an dieser Stelle die Grenzen des Versorgungssystems aufgezeigt werden, wenn die wohnungslosen Klient/-innen weder über Erinnerungen noch über Unterlagen zu ihren früheren Erkrankungen und erfolgten Behandlungen verfügen. So können weder geforderte Nachweise für Rehabilitationsträger noch mögliche Nachsorgeeinrichtungen beigebracht werden. Der Idee einer erneuten Begutachtung oder gar die Anbindung an das Regelsystem zur medizinischen Versorgung lehnt die Mehrzahl der Klient/-innen strikt ab, viel zu lange waren sie bereits aus dem ambulanten und komplementären Versorgungssystem herausgefallen, wenngleich sie durchaus im Versorgungssystem einen Ruf erworben hatten, der von Bestand war, was sich bei den versuchten Terminvereinbarungen immer wieder zeigte: „Ach Herr... / ach Frau ...“

Eine weitere Erfahrung war, dass man innerhalb der Versorgungssysteme sehr wohl wusste, dass diese Menschen an klinisch belangvollen, somatischen unbehandelten Krankheiten leiden, nicht unerhebliche Verhaltensauffälligkeiten zeigen (potentielle Gewaltbereitschaft oder Ängsten vor der Nähe anderer Menschen), ein hohes Maß an Verwahrlosung

aufweisen und aufgrund ihres akuten psychotischen Zustandes längst desintegriert sind.

Das führte allerdings nicht dazu, dass gemeinsame Handlungsstrategien und Absprachen, die den Zugang zum medizinischen / psychiatrischen Versorgungssystem hätten niedrigschwelliger gestalten können, ohne weiteres möglich sind. Aber immer dann, wenn es gelungen ist, sich auf kurzem Weg und respektvoll mit dem Blick auf den Klienten miteinander zu vereinbaren, konnten alle Ressourcen, auch die der Klient/-innen genutzt werden, um die Situation der Wohnungslosigkeit zu beenden und insgesamt die Lebenssituation der Betroffenen zu verbessern und zu stabilisieren.

7 Fazit

Es mangelt nicht an professioneller Aufmerksamkeit für die Personengruppe der psychisch kranken Obdachlosen. Allerdings werden Defizite in der Angebotsstruktur und insbesondere in der Verzahnung der zuständigen Hilfesysteme deutlich. Das ist nicht dramatisch, denn auch in anderen Bereichen der sozialen Arbeit – beispielsweise zwischen Jugendhilfe und Schule, Psychiatrie und Jugendhilfe – ist die Lage ähnlich. Gleichzeitig bedeutet das aber nicht, dass dieser Zustand beibehalten werden kann.

Denn, das wurde deutlich, um für die Personengruppe der psychisch kranken Wohnungslosen sinnvolle Hilfestellungen anbieten zu können, müssen gelingende Kooperationsbeziehungen zwischen Psychiatrie, Suchtkranken- und Wohnungslosenhilfe, Jobcentern aber auch den Rehabilitationsträgern gestaltet werden. Trotz scheinbar unterschiedlicher Zuständigkeiten und Handlungslogiken der einzelnen Akteure muss es gelingen, Schnittstellen im Interesse der Betroffenen gemeinsam zu gestalten, anstatt sich auf die bloße Zuständigkeit der eigenen Institution zurückzuziehen. Es müssen Verantwortungsgemeinschaften gebildet und die Zusammenarbeit in diesem Sinne muss systematisiert erfolgen und darf nicht dem Prinzip der Beliebigkeit unterliegen. Die institutionsübergreifende Kommunikation muss von gegenseitiger Wertschätzung und Achtung geprägt sein, Kenntnisse und

Informationen über die einzelnen Akteure müssen wechselseitig vorhanden sein.

Bereichernd können gemeinsam geplante und durchgeführte kontinuierliche Fortbildungsangebote sein, die neben der Entwicklung professioneller und angemessener Handlungsstrategien auch den Erfordernissen der Zielgruppe gerecht werden und in der Folge die Belastungssituationen des Personals in diesem Bereich reduzieren.

Für die Versorgung besonders schwierige Fälle sollte eine institutionsübergreifende gemeinsame Konzeptentwicklung angestrebt werden.

Im Konzept sollten „... aufsuchende pflegerische, allgemeinmedizinische und psychiatrische Hilfen, die in ihrer Angebotsstruktur den Bedürfnisse und Möglichkeiten der Kranken gerecht werden“, (Rosenke, 2007, S. 8) verankert sein.

Denn, so Reker: „Im Mittelpunkt der Bemühungen müssen ... ambulante pflegerische, ärztliche und sozialarbeiterische Hilfen stehen, die direkt vor Ort angeboten werden müssen. Pflegerische Maßnahmen stehen dabei an erster Stelle: Sie können der massiven Verwahrlosung entgegenwirken und ermöglichen oft besser als jedes Gespräch

eine Kontaktaufnahme. In eine ähnliche Richtung wirken hauswirtschaftliche Bemühungen um die Sicherstellung der Ernährung, Wäschewechsel und anderem. Auch die ärztlichen Hilfen müssen vor Ort angeboten werden, da die meisten Betroffenen keine Praxis aufsuchen würden. Kooperationsverträge mit niedergelassenen Kollegen, die in den Einrichtungen Sprechstunden abhalten oder die derzeit laufenden Modellprojekte einiger Ärztekammern zur Reintegration sozialer Randgruppen in das Gesundheitswesen bieten

Möglichkeiten zur Verbesserung der medizinischen Basisversorgung. Psychiatrische Fachkompetenz kann zum Beispiel über die sozialpsychiatrischen Dienste der Gesundheitsämter in die Einrichtungen geholt werden.“ (Reker, 1997, A 1441)

Das würde offenbar auch den Interessenlagen der Adressaten gerecht werden, denn:

„Die Bedeutung von aufsuchender Arbeit wird von Haushalten, die andernfalls mit großer Wahrscheinlichkeit in die Wohnungslosigkeit geraten wären, herausgehoben.“ (Volker Busch-Geertsema / Jürgen Evers / Ekke-Ulf Ruhstrat, 2005, S. 113)

„In der stationären Psychiatrie“ ist die „Berücksichtigung der Lebensumstände und des Lebensumfeldes der Patienten, d. h. rechtzeitiges Einschalten der Sozialdienste, um eine Entlassung zurück auf die Straße oder in die Notunterkunft unter allen Umständen zu verhindern“ (Rosenke, 2007, S. 9) bedeutsam.

Gerade in besonders schwierigen Fällen sollte eine gemeinsame Hilfeplanung der Normalfall sein, denn aus einer Befragung Betroffener geht hervor, dass: „Probleme der Kommunikation mit Ämtern“, in den Betroffeneninterviews, „... einen größeren Stellenwert“ (Volker Busch-Geertsema / Jürgen Evers / Ekke-Ulf Ruhstrat, 2005, S. 113) einnehmen.

Aber auch die Qualifizierung der präventiven Angebote ist erforderlich.

„Es müssen geeignete Regularien entwickelt werden, um den Informationsfluss über drohende Wohnungsverluste, beispielsweise bei Sanktionen zu sichern, die betroffenen Haushalte sollten bei Aufnahme prekärer Beschäftigungsverhältnisse oder dem Beginn prekärer Selbstständigkeit von dem Fallmanagement der ARGE bzw. den persönlichen Ansprechpersonen auf die Wohnungsnotfallrisiken hingewiesen werden.

Zwischen ARGE und kommunalen Präventionsstellen müssen die Zuständigkeiten für die Bearbeitung von bekannt gewordenen Wohnungsnotfällen eindeutig geklärt und klare Vorgaben für Handlungsabläufe und notwendige Kooperationsschritte erarbeitet werden.“ (GISS, S. 125)

In der Arbeit wurde auch darauf verwiesen, dass es in einer Vielzahl der Fälle einen über die Wohnungslosigkeit hinausgehenden Hilfebedarf gibt und

dass insbesondere psychisch kranke Wohnungslose in besonderer Weise gefordert sind, um ihre Lebenssituation verbessern zu können. Gerade weil sie sich so verhalten, wie sie sich erhalten, können sie in den Augen der beteiligten Akteure ihre Leistungsansprüche nicht „angemessen geltend machen.“ Insofern muss im Rahmen der angemessenen Versorgung: „die Unterstützung bei der Klärung des Hilfeanspruchs, Antragstellung, Durchsetzung und Gewährung der materiellen Existenzsicherung, v. a. in Form von Leistungen nach SGB II bzw. SGB XII“ (Rosenke, 2007, S. 8) erfolgen.

Neben dem schwierigen Alltagsgeschäft darf die strategische Ebene – die kommunale Versorgungsplanung – vor Ort nicht aus dem Blickfeld geraten. Um sinnvolle Strategien entwickeln zu können, müssen die Erfahrungen der Praktiker einbezogen werden.

Reker benennt ein positives Beispiel: „In Münster haben wir sehr gute Erfahrungen mit einem Gremium aus Vertretern des Gesundheitsamtes, der Wohnungsloseneinrichtungen und der psychiatrischen Kliniken gemacht, die für einzelne besonders problematische Patienten Absprachen bezüglich der Behandlung und des Managements treffen.“ (Reker, 1997, A 1441)

Damit ist klar, dass sich auch der medizinische / psychiatrische Bereich mit seinen Erfahrungen und Ressourcen einbringen muss. Reker verstärkt die Anforderung an dieses System folgendermaßen: „Angesichts des hohen Krankheitsstandes dieser Bevölkerungsgruppe ist es die Aufgabe von Ärzten, sich an der Versorgung zu beteiligen und über das individuelle Engagement hinaus gesundheitspolitische Initiativen zu ergreifen.“ (Reker, 1997, A 1441) Aber es muss auch gelingen, eine der Zielgruppe gerecht werdende Versorgung im Kontext der beruflichen Wiedereingliederung zu erreichen. Es darf sich nicht damit abgefunden werden, dass diese Zielgruppe in diesem Blick der Rehabilitationsträger verschwindet und nachrangig behandelt werden.

Gleichzeitig muss die Steuerungsverantwortung bei der Entwicklung und Gestaltung der örtlichen Versorgungsplanung klar bei der Kommune liegen,

denn: „Es ist Aufgabe der Kommunen, für menschenwürdige Bedingungen ihrer wohnungslos gewordenen Bürger Sorge zu tragen.“ (Reker, 1997, A 1441)

Das bedeutet auch, die wohnungspolitischen Auswirkungen neuer Gesetzgebungen im Auge zu haben.

Um den Praktikern und kommunalen Verantwortlichen Zahlen, Fakten, Statistiken zur Verfügung zu stellen, aber auch notwendige Handlungsbedarfe aufzuzeigen, ist auch die Wissenschaft gefordert, entsprechende Forschungsvorhaben zu veranlassen.

Schlussendlich: Es gibt in dem Bereich der psychisch kranken Wohnungslosen viel zu tun – in der Gegenwart und in der Zukunft.

Literatur- und Quellenverzeichnis

Aberle, Lisa (2009): Wohnungslos und psychisch krank – Probleme bei der Zuständigkeit und Zusammenarbeit zweier unterschiedlicher Hilfesysteme. GRIN Verlag, 2009.

[http://www.apk-berlin.de/redaxo/files/Angebote%20BA zur Integration_pkM-_26062010.pdf](http://www.apk-berlin.de/redaxo/files/Angebote%20BA%20zur%20Integration_pkM-_26062010.pdf)

BAG Wohnungslosenhilfe e. V. (2000): Zur Organisation der Hilfen für Personen in Mehrfachproblemlagen. Empfehlung der BAG Wohnungslosenhilfe e. V., erarbeitet vom Fachausschuss Beratung, Therapie, Versorgung, vom Gesamtvorstand der BAG W auf seiner Sitzung am 01./02. Februar 2000, verabschiedet. In: wohnungslos, 2/2000.

BAG Wohnungslosenhilfe e. V. (2003): Sicherstellung der medizinischen Versorgung wohnungsloser Männer und Frauen. Positionspapier der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe, erarbeitet vom Fachausschuss Gesundheit der BAG W, verabschiedet vom Gesamtvorstand am 13./14. November 2003. In: wohnungslos, 4/2003, S. 146 ff

BAG Wohnungslosenhilfe e. V. (2004a): Gesundheitsreform führt zu akuter Gesundheitlicher Gefährdung wohnungsloser Patienten. Pressemitteilung der BAG W. In: wohnungslos, 1/2004, S. 16

BAG Wohnungslosenhilfe e. V. (2004b): Ein Schritt vor, zwei Schritte zurück: Wie die Gesundheitsreform positive Ansätze in der medizinischen Versorgung wohnungsloser Patientinnen und Patienten untergräbt. Pressemitteilung der BAG W. In: wohnungslos, 1/2004, S. 17

BAG Wohnungslosenhilfe e.V.(2006):Psychische Erkrankungen bei wohnungslosen Frauen und Männern. Darstellung der Problemlagen und Handlungsbedarfe. Ein Positionspapier der BAG Wohnungslosenhilfe e. V., erarbeitet vom Fachausschuss Gesundheit der BAG W., verabschiedet vom Gesamtvorstand der BAG W am 06./07. April 2006. In: wohnungslos, 2/2006, S. 77 ff

<http://www.bagw.de/index2.html>

Bastine, Reiner H. E. (1998): Klinische Psychologie. Band 1. Grundlegung der Allgemeinen klinischen Psychologie (3. Aufl.), W. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.

Bastine, Reiner H. E. (1998): Klinische Psychologie. Band 1. W. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.

- Blasius, Dirk (1980): Der verwaltete Wahnsinn. Eine Sozialgeschichte des Irrenhauses. Fischer Verlag, Frankfurt/M.
- Bosshard, M./Ebert, U./Lazarus, H. (2010): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Psychiatrie Verlag, Bonn.
- Bosshard, M. et al. (2010): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch. 4. Aufl., Psychiatrie Verlag, Bonn.
- Busch-Geertsema, Volker/Evers, Jürgen/Ruhstrat, Ekke-Ulf (2005): Wirksamkeit persönlicher und wirtschaftlicher Hilfen bei der Prävention von Wohnungslosigkeit. Untersuchung im Rahmen des Forschungsverbundes „Wohnungslosigkeit und Hilfen in Wohnungsnotfällen“. Bremen, Februar 2005.
- Clausen, J./Dresler, K-D./Eichenbrenner, I. (1996): Soziale Arbeit im Arbeitsfeld Psychiatrie. Eine Einführung. Lambertus Verlag, Freiburg/Breisgau.
- <http://doku.iab.de/kurzber/2008/kb2508.pdf>
- Dörner, K./Plog, U./Teller, Ch./Wendt, F. (2010): . Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. Psychiatrie Verlag, Bonn.
- Dörr, Margret (2005): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Ernst Reinhardt Verlag, München.
- Dörr, Margret (2005): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Band 2696, Uni-Taschenbücher S, Band 8 von Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. UTB, 2005.
- Fichter, M. u. a. (1996, deutsch 1997): Psychische Erkrankungen bei obdachlosen Männern und Frauen in München. Arbeitsbericht aus dem Forschungsbereich Epidemiologie und Evaluation der Psychiatrischen Universitätsklinik München. In: European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience.
- Fichter, M.; Quadflieg, N. (1997): Psychische Erkrankungen bei (vormals obdachlosen) Bewohnern von Heimen des Katholischen Männerfürsorgevereins in München. Eigendruck, München.
- Fichter, M.; Quadflieg, N.; Cuntz, U. (2000): Prävalenz körperlicher und seelischer Erkrankungen. In: Deutsche Ärzteblatt 97, Heft 17.
- Kellinghaus, Christoph (2000): Wohnungslos und psychisch krank. Eine Problemgruppe zwischen den Systemen. Konzepte-empirische Daten-Hilfsansätze. LIT Verlag, Münster.
- http://www.leipzig.de/imperia/md/content/51_jugendamt/sozialreport_2010.pdf

- Lutz, R./Simon, T. (2007) : Lehrbuch der Wohnungslosenhilfe. Eine Einführung in Praxis, Positionen und Perspektiven. Juventa Verlag, Weinheim/München.
- Lütz, Manfred (2009): Irre! Wir behandeln die Falschen. Unser Problem sind die Normalen. 3. Aufl., Gütersloher Verlagshaus, 2009.
- Nouvertné, Klaus (2003): Wer sind die psychisch kranken Obdachlosen?
In: Evangelische Akademie Bad Boll. Psychiatrie macht Platte. Materialien 1/03, Bad Boll, 2003, S. 2-9
- Nouvertné, K./Wessel, T./Zechert, Ch. (Hrsg.) (2005): Obdachlos und psychisch krank. Psychiatrie Verlag, Bonn.
- <http://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de/npin/show.php3?id=17&nodeId>
- <http://www.nzz.ch/2005/10/10/il/articleD6HJH.html>
- Preisinger, Jutta (2011): Zwischen den Stühlen. Diplomica Verlag GmbH, 2011.
- Reker, Thomas; Eikermann, Bernd (1997): Deutsches Ärzteblatt 1997; 94: A 1439-1441, Heft 21, 1997.
- Rosenke, Werena (2007): Gesundheit Berlin (Hrsg.). Dokumentation. 13. bundesweiter Kongress „Armut und Gesundheit“, Berlin, 2007.
- Schild, Walter (2000): Versorgung von psychisch kranken wohnungslosen Frauen und Männern. Qualitätssicherung und Schnittstellenprobleme. In: Materialien zu Wohnungslosenhilfe. Facetten der Wohnungslosigkeit – Zur Gesundheit Wohnungsloser. VSH Verlag Soziale Hilfe GmbH, Bielefeld, 2000, Heft 43, S. 97-108
- Weltgesundheitsorganisation (2000): Die vielen Gesichter des psychischen Leids. Verlag Hans Huber, Bern.
- Weltgesundheitsorganisation (2010): Hoch sieben. Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Verlag Hans Huber, Bern.

Erklärung zur selbständigen Anfertigung der Arbeit

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

Leipzig, Januar 2012

.....
Sabine Gericke